

# ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИЯ

В.П.Дейкало, А.Н.Толстик

## ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ДЮПЮИТРЕНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА «ДИКЛОБЕРЛ® N 75»

Витебский государственный  
медицинский университет

*Оперативные вмешательства, направленные на коррекцию выраженных сгибательных контрактур пальцев кисти при болезни Дюпюитрена часто сопровождаются такими осложнениями, как послеоперационная ригидность и рефлекторная симпатическая дистрофия. Использование введения в область послеоперационной раны препарата «Диклоберл® N 75» позволило снизить интенсивность проявлений воспалительного процесса, начать раннюю мобилизацию вовлеченных пальцев, уменьшить длительность пребывания пациентов в стационаре.*

Основной причиной, заставляющей пациентов с болезнью Дюпюитрена обращаться за медицинской помощью, являются сгибательные контрактуры пальцев кисти, значительно нарушающие ее функцию. С момента первого комплексного описания заболевания Guillaume Dupuytren (1831г.) предпринималась масса попыток как консервативного, так и оперативного лечения деформаций. Мнения различных авторов в выборе способов лечения расходятся до настоящего времени [2,4,5]. Основными причинами неудовлетворительных результатов лечения, по нашему мнению, является отсутствие истинных представлений об этиологии и патогенезе заболевания. В связи с этим ведущим компонентом реабилитации таких пациентов является хирургическое вмешательство, устраняющее деформацию пальцев [2,3,4,5]. Несмотря на предпринимаемые попытки улучшить существующие методики вме-

шательства на апоневрозе кисти и пальцев, процент осложнений и рецидивов остается достаточно высоким (от 26 до 80%), что заставляет исследователей продолжать работу по установлению этиопатогенеза заболевания и улучшению ближайших и отдаленных результатов лечения [3,5].

В основе клинических проявлений заболевания лежит фиброзная гиперплазия соединительнотканых структур ладонно-пальцевой фасции [2,3,4,5]. При увеличении степени заболевания, структуры апоневроза кисти и пальцев прогрессивно вовлекаются в патологический процесс, а деформации приобретают необратимый характер. Хирургическое вмешательство, в связи с этим, усложняется. Увеличивается риск осложнений, связанных с оперативным лечением, а также процент рецидивов заболевания [2]. Это в полной мере касается контрактур пальцев III-IV степени. При выполнении оперативного вмешательства одним из факторов, лимитирующих как само вмешательство, так и послеоперационную реабилитацию, являлось наличие тесно связанной с тяжами измененной кожи. После иссечения ладонно-пальцевой фасции закрытие послеоперационной раны в ряде случаев сопровождалось «возвращением» пальца в положение деформации в связи с сохранением дерматогенной контрактуры, что дополнительно усложняло реабилитацию таких пациентов. Послеоперационный период может сопровождаться развитием таких осложнений, как повреждение нервных образований, послеоперационная гематома, некроз краев операционной раны и кожных лоскутов, послеоперационная ригидность, рефлекторная симпатическая дистрофия, раневая инфекция [2,3,5].

Ряд из них - послеоперационная ригидность и рефлекторная симпатическая дистрофия, связанные с реакцией нервных образований на оперативное вмешательство и проявляющиеся в виде болевого синдрома, отека и контрактур – значительно нарушают течение послеоперационного периода и затрудняют этап послеоперационной реабилитации (мобилизацию паль-

цев кисти). Указанные преходящие изменения в ряде случаев приобретают необратимое течение, приводя к формированию стойких контрактур. Выраженность указанных осложнений отчасти зависит от степени контрактуры, при которой принималось вмешательство, а также объема самого вмешательства. Этап послеоперационной реабилитации требует максимально ранней мобилизации пальцев оперированной кисти. Учитывая вышесказанное, возникла необходимость профилактики развития этих осложнений.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность использования препарата «Диклоберл<sup>®</sup> N 75» (производитель Berlin-Chemie Menarini) для профилактики развития послеоперационной ригидности и рефлекторной симпатической дистрофии в послеоперационном периоде пациентов с болезнью Дюпюитрена.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе клиники травматологии, ортопедии и ВПХ ВГМУ в период с 2001 по 2005 годы по поводу сгибательных контрактур пальцев кисти III-IV степени, вызванных болезнью Дюпюитрена, было прооперировано 27 пациента.

У 12 из них, оперированных по поводу сгибательных контрактур пальцев кисти, в программу послеоперационной реабилитации было включено лекарственное средство «Диклоберл<sup>®</sup> N 75», относящееся к нестероидным противовоспалительным средствам, содержащее диклофенак-натрий 75 мг, который вводился в область послеоперационной раны. Диклофенак-натрий обратимо ингибирует синтез циклооксигеназы, нарушая синтез простагландинов в очаге воспаления. Он обладает анальгетической, противовоспалительной и антипиретической активностью и характеризуется высокой эффективностью в сочетании с хорошей переносимостью [1]. Антиагрегационный эффект его отличается кратковременностью и в сочетании с системой активного дренирования

раны не представляет опасности в плане формирования гематомы области вмешательства.

Оперативное вмешательство завершали дренированием послеоперационной раны трубчатым дренажом. Для этого использовали перфорированный катетер для катетеризации центральных вен. В качестве профилактики формирования послеоперационной гематомы монтировалась система вакуумного дренирования послеоперационной раны. На следующий день после вмешательства, по показаниям, выполняли перевязку. После отсоединения системы вакуумного дренирования по катетеру в послеоперационную рану медленно вводили 3 мл раствора «Диклоберл<sup>®</sup> N 75». Дренирующее устройство подсоединяли к катетеру спустя несколько часов после перевязки. Одновременно с введением лекарственного средства начинали программу мобилизации пальцев оперированной кисти. Повторное введение диклоберла производили на вторые сутки после операции, после чего удаляли катетер.

Эффективность лекарственного средства оценивали по клиническим критериям: наличие отека, гиперемии, боли в области оперированных пальцев, способности самостоятельно выполнять активные движения. Для сравнения использовали группу из 15 пациентов, оперированных по поводу аналогичных степеней контрактур пальцев, но без использования в послеоперационном периоде лекарственного средства «Диклоберл<sup>®</sup> N 75».

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Введение диклоберла во всех случаях сопровождалось ощущением «жжения» в области кисти, которое проходило спустя 10-15 минут. Снижение интенсивности болевых ощущений пациенты отмечали через 8 – 10 часов после введения препарата (2-3 сутки в контрольной группе), что подтверждалось способностью пациентов выполнять активные движения пальцами. Это позволяло начать программу мобилизации оперированных пальцев и отменить парентеральное введение обезболивающих средств. Интенсивность гиперемии и отека

существенно снижалась на 2-3 сутки после операции (5-7 сутки в контрольной группе). 10 из 12 пациентов (83%) были выписаны на амбулаторное лечение на 5 сутки после оперативного вмешательства. Двое (17%) – на 7 сутки в связи с развитием краевого некроза раны, который мог быть связан с мобилизацией пальцев кисти. Пациенты контрольной группы находились на стационарном лечении до снятия швов (12-14 сутки). У троих из них было отмечено сохранение ригидности пальцев и сгибательных контрактур через месяц после операции. Эти контрактуры не связаны с рецидивом заболевания и интерпретировались как результат рефлекторной симпатической дистрофии послеоперационного периода.

### ВЫВОДЫ

Введение в послеоперационном периоде в область раны раствора «Диклоберл® N 75» позволило снизить проявления воспалительного процесса и начать раннюю мобилизацию оперированной кисти и пальцев, тем самым снизить частоту и интенсивность таких осложнений, как послеоперационная ригидность пальцев и рефлекторная симпатическая дистрофия. В результате этого уменьшилась продолжительность пребывания пациентов в стационаре с 12-14 дней до 5-7 дней.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства.-15-е изд., перераб., испр. и доп.-М.:ООО «Издательство Новая Волна», 2005. - С. 170-171.
2. Толстик А.Н., Дейкало В.П. Болезнь Дюпюитрена – современное состояние проблемы// Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2004. - Т. 3., № 2. – С. 73-79.
3. Calandruccio J. H. Dupuytren Contracture// Campbell's Operative Orthopaedics. Ninth edition by S. Terry Canale. - Vol. 4. – Part XV. - 1999. - Chap. 76.
4. Frank P.L. An update on Dupuytren's contracture// Hosp. Med.- 2001.0-Vol. 62. - №11. - P. 678-681.

5. Hurst L.C. Dupuytren's Disease// Hand Surgery Update.- 1996. - Chapter 26. - P. 271-279.

### SUMMARY

V.P.Deikalo, A.N.Tolstik

#### THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATION DURING TREATMENT OF DUPUYTREN DISEASE BY USING PREPARATION "DICLOBERL® №75"

Operative interventions aimed at the correction of apparent flexion contractures of fingers in case of Dupuytren's disease are often accompanied by such complications as postoperative rigidity and reflex sympathetic dystrophy. Using introduction of preparation "Dicloberl® N 75" into the postsurgical wound area let to reduce intensity of inflammation process manifestations, to begin early mobilization of involved fingers, to diminish duration of patients stay at the hospital.

\*\*\*\*\*

А.Г.Захаренко

#### ФТОРХИНОЛОНЫ И ДНК ГЕНЕРАТИВНЫХ КЛЕТОК МУЖЧИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Витебский государственный медицинский университет

*В связи с большой частотой использования фторхинолонов для лечения урогенитального хламидиоза, для установления безопасности влияния данных препаратов на генеративные клетки мужчин, было проведено исследование показателей хроматингетерогенного теста. Используемый тест основан на свойстве флюорохром-акридин-оранжевого красителя давать зеленое свечение при связывании с нормальной ДНК, тогда как контакт с денатурированной ДНК проявляется желто-оранжево-красным свечением.*

*Анализ полученного исследования показал, что фторхинолоны характеризова-*